

兵庫県立聴覚障害者情報センター利用許可申請書

年 月 日

兵庫県知事 井戸 敏三 様

団 体 名			
代表者氏名			
申込者氏名			
申込者住所	〒		
	(連絡先) TEL	FAX	
利用の目的			
利用の日時	月 日	時 間	利用人員
利用人員	年 月 日 (曜)	: ~ :	人
利用する施設名	<input type="checkbox"/> 研修室兼会議室1・2(定員90名) <input type="checkbox"/> 情報サロン(定員20名) <input type="checkbox"/> 研修室兼会議室1(定員40名) <input type="checkbox"/> 交流室(定員30名) <input type="checkbox"/> 研修室兼会議室2(定員40名) <input type="checkbox"/> 印刷室 <input type="checkbox"/> 相談室2		
備品使用申込	<input type="checkbox"/> ワイヤレスマイク(本) <input type="checkbox"/> ホワイトボード (台) <input type="checkbox"/> ピンマイク <input type="checkbox"/> OHC・書画カメラ (台) <input type="checkbox"/> 自立型スクリーン(100ich 台) <input type="checkbox"/> 可搬型ヒアリンググループ <input type="checkbox"/> 自立型スクリーン(80ich 台) <input type="checkbox"/> ループ用受信機 <input type="checkbox"/> プロジェクター (台) <input type="checkbox"/> DVDデッキ <input type="checkbox"/> 要約筆記表示用パソコン(台) <input type="checkbox"/> RGBケーブル(本)		
備 考			

※注1 □については、該当するものにチェック☑を記入してください。

※注2 利用時間枠は、午前は9:15~12:00 午後は13:00~17:00です。

※注3 研修室兼会議室を片面のみ利用される団体で、ヒアリンググループをご使用の場合は、研修室兼会議室2をお申し込みください。

※注4 利用後は、必ず「施設利用報告書」を提出してください。

《FAX送信先》

兵庫県立聴覚障害者情報センター
078-805-4192